

PROGRAMA DE BECAS

[Programa de asistencia financiera]

El Departamento de Parques y Recreación de Fitchburg cree en la necesidad de brindar servicios y programas a todos los que deseen participar en ellos, sin importar su estado financiero. Los solicitantes deben vivir dentro de los límites del distrito escolar del área de Verona (VASD) o de la ciudad de Fitchburg. **Los solicitantes aprobados tendrán que pagar el 25 % del costo del programa.** El nivel máximo de financiación por individuo es de \$50,00 por año. El nivel máximo de financiación por grupo familiar es de \$150,00 por año. La elegibilidad se determinará en función de cada caso. Se notificará a los solicitantes sobre su estado de financiación por medio de correo o teléfono. La solicitud se procesará en el plazo de dos semanas. Todas las solicitudes de ayuda financiera serán confidenciales. La aprobación se basará en la disponibilidad de fondos.

Apellido del tutor _____ Nombre _____

Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono _____ [Casa] _____ [Celular] _____ [Trabajo] _____

REQUISITOS DEL PROGRAMA - Consulte *apm.ActiveCommunities/com/Fitchburg*

NOMBRE	M/F	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CURSO ACTUAL	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD	COSTO
COSTO TOTAL							

TRABAJO

¿Actualmente trabaja?

Empleador: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____

¿Su cónyuge o pareja trabaja actualmente?

Empleador: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____

INGRESO MENSUAL FAMILIAR:

[incluye todas las fuentes de ingreso, p. ej., manutención infantil, bonos de alimentos, seguro de ingreso suplementario (SSI), etc.]. _____

NIÑOS:

[cantidad de niños que viven en el hogar]. _____

ADULTOS:

[cantidad de adultos que viven en el hogar]. _____

DEBE VERIFICAR LO SIGUIENTE:

Acepto pagar el 25 % del costo de los programas solicitados, en EFECTIVO.

La información que brindé en este formulario es correcta. Si se solicita, acepto proporcionar un formulario IRS 1040 para comprobar la ayuda financiera. He leído y comprendo la información sobre las obligaciones.

Firma del solicitante [debe ser mayor de 18 años]. _____ Fecha _____

SOLO PARA USO INTERNO:			
Actividad autorizada:		Autorización del personal:	Fecha:
Monto que debe pagar el participante:		Comentarios:	
Monto que otorga el Departamento:		Fecha de notificación del participante:	Por: